

Pflegeoase Lindenhof

Zeitgemäße Betreuung für schwerstpflegebedürftige
Menschen mit Demenz

Rahmenbedingungen, Konzept und Leitbild, Pflege- und Betreuungskonzeption
für die Pflegeoase
im Demenzzentrum Lindenhof



Autoren:

Bretfeld, Matthias Dipl.-Pflegerwirt (FH), Pflegedienstleiter und QM-Beauftragter

Hartmann, Ralf Dipl.-Sozialpädagoge (FH), Sozialdienstleiter

Streit, Gerlinde Hauswirtschaftsleitung



Gliederung

1. Entwicklung des Demenzzentrums Lindenhof seit 2001
2. Argumente für das Betreuungskonzept der Pflegeoase
3. Bewohner
 - 3.1. Zielgruppe
 - 3.2. Ausschlusskriterien
4. Konzeption
 - 4.1. Pflege- und Betreuungskonzept
 - 4.1.1. Präsenz
 - 4.1.2. Palliativpflege
 - 4.1.3. Pflegevisiten und Gerontopsychiatrische Fallbesprechungen
 - 4.1.4. Mobilisierung und Wahrnehmungsförderung
 - 4.2. Hauswirtschaft
 - 4.2.1. Reinigung
 - 4.2.2. Haustechnik
 - 4.2.3. Wäsche
 - 4.2.4. Verpflegung/ Küche
 - 4.3. Verwaltung
5. Mitarbeiter
 - 5.1. Mitarbeiterauswahl
 - 5.2. Personalentwicklung und -Qualifizierung
 - 5.3. Personalbedarfsermittlung , Personaleinsatz und -organisation
 - 5.4. Personalbegleitung
6. Einbeziehung der Angehörigen
7. Raumkonzept
 - 7.1. bauliche Umsetzung
 - 7.2. Ausstattung
 - 7.3. Freiflächen
8. Wissenschaftliche Begleitforschung
9. Bedeutung und Ausblick
10. Quellenangaben

Entwicklung des Demenzzentrums Lindenhof seit 2001

Das Demenzzentrum Lindenhof wurde im Jahr 2001 in Unterleinleiter als „Ableger“ des Seniorenzentrums Martin Luther in Streitberg eröffnet. Die ersten Bewohner des Lindenhofs kamen aus dem beschützenden Wohnbereich im Streitberger Haus, der aufgelöst wurde, um Bewohnerinnen und Bewohnern adäquate Lebensbedingungen in einem speziell konzipierten Umfeld zu ermöglichen.

Mit Schaffung eines angemessenen Lebens- und Arbeitsumfeldes ging die Entwicklung einer entsprechenden Konzeption einher. Entwickelt wurde die Konzeption unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Neurologen und Psychiater Jan Woinar. Leitgedanke für das Pflege- und Betreuungskonzept wurde das Wohnen wie Zuhause („Das Haus Lindenhof soll kein Heim sein, sondern ein Zuhause“¹). Den Bewohnerinnen und Bewohnern, die in zwei Wohngruppen zusammenlebten, sollte im Lindenhof ein Leben in größtmöglicher Normalität ermöglicht werden, d.h. ein Erleben, das sich an einem normalen, häuslichen Wohnumfeld orientiert.

Durch die konsequente Umsetzung dieser Leitgedanken und auch durch die einzigartige Stellung als gerontopsychiatrische Solitäreinrichtung erwarb sich der Lindenhof in den Folgejahren einen Ruf als modellhafte Einrichtung auf dem Gebiet der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Es entstanden bis heute bestehende Kontakte zu wissenschaftlichen Institutionen wie der Universität Erlangen-Nürnberg, sowie zu der Universität in Fukuoka, Japan, die in der Folge zwei Delegationen von Professoren (2002 und 2005) in das Seniorenzentrum Lindenhof entsandte. Zuletzt hospitierte im Jahr 2008 eine Studierende der Universität Kumamoto im Lindenhof. Seit 2012 besteht ein intensiver Kontakt mit der Evangelischen Hochschule Nürnberg und dem dort angesiedelten Institut für Pflegeforschung, Gerontologie und Ethik.

Auch in seinem unmittelbaren Einzugsbereich (Landkreis Forchheim und angrenzende Landkreise) erwarb sich der Lindenhof einen guten Ruf als beispielhafte Betreuungseinrichtung für Menschen mit Demenz. Unterstützt wurde dies, neben der pflegerischen Betreuung, durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Institutsambulanz des Klinikums am Europakanal, Erlangen, die eine fundierte fachärztliche Betreuung sicherstellt.

Entsprechend stieg die Nachfrage nach Pflegeplätzen im Lindenhof. Seit 2007 überstieg die Nachfrage permanent die vorgehaltene Platzzahl. Dies und die prognostizierte Entwicklung der Nachfrage nach beschützenden Pflegeplätzen führtes zu der Entscheidung des Trägers, die Platzzahl der Einrichtung durch eine bauliche Erweiterung auf 40 zu erhöhen.

Aufgrund der Erkenntnis, dass sich bei Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz ein weitreichender Verlust der funktionalen körperlichen und geistigen Kompetenzen bis hin zur völligen Hilflosigkeit einstellt, wurde während der Planungszeit entschieden, dass Modell der Pflegeoase umzusetzen. Damit wird auch schwerstpflegebedürftigen Menschen mit Demenz eine adäquate Betreuungs- und Versorgungsform geboten und dem häufig geäußerten Wunsch der Angehörigen, auch bei Verlust der Mobilität einen Verbleib in der Einrichtung zu ermöglichen, kann damit nachgekommen werden.

In der Folge wurden zur Erarbeitung des Konzeptes von der verantwortlichen Pflegedienstleitung zahlreiche Veranstaltungen zum Oasenkonzept und bestehende Oasen in Deutschland, der Schweiz und Luxemburg besucht.

¹ Wohnen, leben und pflegen im Haus Lindenhof, Konzeptionelle Überlegungen, Unterleinleiter 2002

1. Argumente für das Betreuungskonzept der Pflegeoase

In weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung haben Menschen mit Demenz einen enormen Bedarf an Aufmerksamkeit und Zuwendung durch die Pflegenden. Ihre Situation ist unter anderem gekennzeichnet durch

- Abnahme der Sprachfähigkeit und der damit einhergehenden Kommunikationsmöglichkeit bis hin zum völligen Verstummen
- Verlust der Fähigkeit oder des Verlangens sich fortzubewegen bis hin zur Bettlägerigkeit
- Verringerung der Selbstpflegefähigkeit bis hin zur völligen Pflegebedürftigkeit
- Verschlechterung der selbständigen Nahrungsaufnahme, vermehrte Schluckbeschwerden und ein steigendes Aspirationsrisiko, damit einhergehend das Risiko der Mangelernährung
- andere mögliche Komplikationen wie Inkontinenz, Muskelatrophien und –kontrakturen, Anfälligkeit für Infekte, Lungenentzündung, Verschlechterung des Hautzustandes und Dekubitalulcera ²

Demenzbetroffene im letzten Stadium der Erkrankung werden in ihren Bedürfnissen auch mit der Entwicklungsstufe von unter zweijährigen Kindern verglichen, sie bedürfen also einer „rund-um-die-Uhr“ Betreuung im Sinn einer emotionalen und pflegerischen Zuwendung. Aspekte, die in frühkindlichen Entwicklungsphasen bedeutungsvoll sind, sind auch für die Begleitung dieser Personengruppe grundlegend: Blickkontakt, Hautkontakt, Stimme, Geruch und Geschmack.³ Ausschlaggebend für die Lebensqualität der Betroffenen ist, dass die Pflegenden deren jeweilige Situation im Verlauf des Tages sensibel wahrnehmen und die Signale in richtiger Weise deuten und darauf reagieren, indem sie die Bedürfnisse befriedigen.

Die herkömmlichen, funktionalen Betreuungsstrukturen einer Pflegeeinrichtung werden der Zielgruppe der schwerstdementen Bewohner kaum gerecht. Nach einer Studie des Demenz Support Stuttgart⁴, in der die Kontakthäufigkeit in der Pflegeoase mit der in einem herkömmlich organisierten Wohnbereich verglichen, hat in der Pflegeoase jeder Bewohner im Mittelwert 34 Kontakte täglich, während es im herkömmlichen Wohnbereich im Mittelwert acht Kontakte täglich sind. Während sich die Arbeitsplanung und -durchführung in der Pflegeoase an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert, steht im Vergleichswohnbereich die Ablauforientierung im Vordergrund.

Dazu beschreibt die Studie verschiedene Änderungen in der Verhaltenskompetenz der Bewohner in der Pflegeoase, die sich auf das gestiegene Aufmerksamkeitsniveau, auf die verbale und nonverbale Kommunikation, den Muskeltonus und ein verändertes Essverhalten beziehen⁵. Bewohner werden als wacher und entspannter beschrieben, sie reagieren verbal oder nonverbal auf direkte Ansprache. Eine Angehörige beschreibt es so: „Wenn ich das jetzt vergleiche zu vorher ... dann ist das ein Unterschied wie Tag und Nacht, denn da lag sie wirklich isoliert, Augen zu. ... Und jetzt hier in der Oase ... öffnet sie die Augen, sie reagiert mal wieder ein bisschen, sie spricht ein paar Worte. Also wir sind ganz angetan. Ich denke sie braucht das unbedingt, immer diesen Kontakt, die Laute von außen. ... Also wir sind wirklich ganz begeistert.“⁶

² Dr. Anja Rutenkröger, Christina Kuhn (2008): „Im Blick haben“, Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle, S. 8f

³ a.a.O. S. 9f

⁴ a.a.O.

⁵ a.a.O., S. 188

⁶ a.a.O., S. 113

Mit einer Pflegeoase wird die Lebenswelt an die Bedürfnisse von demenzerkrankten Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung angepasst. Eine Pflegeoase unterscheidet sich von anderen stationäre Versorgungsformen in erster Linie durch zwei Ansätze:

- durch das Raumprogramm: Die Gruppe lebt in einem großen Raum zusammen; geschützte Privatbereiche werden durch Raumteiler wie Paravents und Schränke ermöglicht; der Nahbereich wird individuell mit privaten Fotos, Farben usw. gestaltet; es gibt eine Raumgestaltung mit Farb- und Lichtkonzept, um die Sinne der Bewohner anzusprechen.
- durch die kontinuierliche Präsenz von Pflegenden: Diese nehmen die Bedürfnisse der Bewohner direkt wahr und können darauf reagieren.

Das Raumkonzept der Pflegeoase im Demenzzentrum Lindenhof orientiert sich an dem Modell der „qualitätsgeleiteten Pflegeoase“, das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) präferiert wird. Demgemäß wird durch bauliche Elemente (verschiebbare Wandelemente) sichergestellt, dass nach Wunsch und Bedarf jederzeit ein abgeschlossener Privatbereich im Sinn eines Doppelzimmers hergestellt werden kann. Zudem besteht bei Notwendigkeit auch die Möglichkeit der Unterbringung in einem Einzelzimmer außerhalb im Nahbereich der Pflegeoase.

Das Konzept der Pflegeoase wurde während der vorbereitenden Baumaßnahmen und organisatorischen Planungen weiterentwickelt und aktualisiert. Es wurde unter Einbeziehung der Mitarbeiter, wissenschaftlicher Expertisen und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung (siehe 8.) fortgeschrieben. Die modellhaften Ergebnisse der konzeptionellen Entwicklung, Organisation und der Ergebniskriterien der in der Oase erbrachten Qualitätsdimensionen sollen nachfolgenden Interessengruppen als Grundlage zur Weiterentwicklung von Pflege- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Pflegebedürftigkeit sowie zur Verbesserung der bestehenden stationären Leistungen dienen. Die Ergebnisse des Modellvorhabens wurden der Öffentlichkeit und dem interessierten Fachpublikum in entsprechender Weise bekannt gemacht.

3. Bewohner

3.1 Zielgruppe

Das Angebot der Pflegeoase richtet sich an multimorbide Bewohner mit einem breiten Spektrum an Krankheitsdiagnosen, bei denen auch durch rehabilitative Maßnahmen keine Verbesserung der Lebenssituation mehr zu erwarten ist. Bewohner mit einer weit progredienten Verschlechterung der Gedächtnis- und Orientierungsfähigkeit oder einer Demenzerkrankung in der terminalen Lebensphase erhalten hier die adäquate Pflege und Betreuung. Gerade die sinnvolle, individuell angebrachte soziale Einzelbetreuung und Lebensbegleitung kann für die Zielgruppe in der Oase besser gewährleistet werden als im herkömmlichen Einzel- oder Doppelzimmer.⁷

Das Oase-Modell als ein Teilkonzept des Drei-Welten-Modells wurde von Dr. Held in der Schweiz für Menschen mit schwerer Demenz entwickelt. Dabei wird das Erleben von Menschen mit der Alzheimer-Demenz in drei Welten strukturiert, die das Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigung darstellen. In der dritten Welt, dem dementiellen Endstadium wird die Pflege der Bewohner in der Wohnform der „Oase“ als sinnvoll erachtet.⁸

Neben den massiven Beeinträchtigungen der Kognition und Psyche zeigen die Bewohner starke physische Defizite. Sie sind schwerstpflegebedürftig bei weitest gehendem Verlust der Mobilität,

⁷ Vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2009, S. 90

⁸ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2009, S. 157

schwersten kommunikativen Einschränkungen und einem massiven Hilfs- und Unterstützungsbedarf in allen Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL).⁹

Dieser Hilfebedarf kann unter anderem geprägt sein durch:

- Weitreichende Unfähigkeit der selbstständigen Nahrungsaufnahme
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- Die Notwendigkeit einer palliativen Versorgung
- Reduziertes Aktivitätsniveau mit Apathie, Passivität, eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und verändertem Wach- /Schlafrythmus
- Einen außergewöhnlich hohen pflegerischen, behandlungspflegerischen und sozialen Betreuungsbedarf, der über das Maß der Leistungen der Pflegestufe 3 hinausgeht und der in der Regel eine Anerkennung als „Härtefall“ im Sinne des §43 Abs. 3 SGB XI verursacht

Voraussetzung für einen Ein-/ Umzug in die Pflegeoase ist, dass alle an Pflege und Betreuung Beteiligten darin übereinstimmen, dass für die jeweilige Bewohnerin/ den jeweiligen Bewohner die Pflegeoase das richtige Angebot in der letzten Lebensphase ist.

3.2 Ausschlusskriterien

Das Angebot der Pflegeoase richtet sich nicht an mobile, kognitiv leistungsfähige Menschen.

Von der Aufnahme ausgeschlossen sind Bewohner, die aufgrund ihres Verhaltens, etwa bei einem anhaltenden, lautstarken Vokalisieren oder massiver Agitiertheit von den Pflegefachkräften als nicht gruppenfähig eingeschätzt werden. Die Möglichkeit zur Ruhe und Entspannung aller Bewohner in der Oase soll durch das Individuum keine massive Einschränkung erfahren.

Bewohner mit infektiösen Erkrankungen, die einer Isolierung bedürfen, können in der Pflegeoase nicht versorgt werden. Im Fall der Notwendigkeit einer (vorübergehenden) Isolierung eines Bewohners stehen außerhalb der Pflegeoase Ausweichmöglichkeiten zur Verfügung.

Menschen, bei denen die Sterbephase bereits deutlich erkennbar eingetreten ist, soll ein Umzug in die Pflegeoase nicht mehr angeboten werden. Wenn Bewohner der Pflegeoase in die Sterbephase kommen, steht ihnen bei Bedarf ein Einzelzimmer als Verfügungszimmer außerhalb der Pflegeoase zur Verfügung, wobei grundsätzlich ein Verbleib in der Oase bis zum Ableben möglich und üblich ist.

Darüber hinaus müssen vor Einzug in die Pflegeoase die Beteiligten (Pflegedienstleitung, Pflegefachkraft, Angehörige und ggf. der Betroffene selbst) der individuellen Sinnhaftigkeit zustimmen. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegedienstleitung veranlassen, von den oben genannten Ausschlusskriterien abzuweichen.



⁹ Vgl. Rutenkröger/Kuhn:, 2009, S. 18

4. Pflege und Betreuung

4.1 Pflege- und Betreuungskonzept

Die Pflegeoase Lindenhof bietet neun Bewohnern mit schwerster Demenz eine intensive, wirksame Pflege und Betreuung. Es besteht die Möglichkeit des gemeinschaftlichen Lebens in einer familiären Kleingruppe, in welcher die Pflegekraft stets unmittelbar menschlich und fachlich dem Bewohner zugewandt sein kann. Die Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase sind nicht vom sozialen Leben ausgeschlossen, sondern erhalten die Möglichkeit, zumindest passiv daran teilnehmen zu können.

Wegen des eingeschränkten Aktionsradius des Bewohners achten wir auf eine Vielzahl von Faktoren, die einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden haben.

Wichtig ist uns, dass die Bewohner in der Pflegeoase einen häufigen Positionswechsel erfahren.

Häufige aufrechte Kopfhaltung trägt den Erkenntnissen der Pflegeforschung Rechnung.

Die Sinne wecken – das Leben spürbar machen, ist eine zentrale Aufgabe der Pflegekraft.

Durch Anregung wesentlicher Sinnesfunktionen und menschliche Gemeinschaft rund um die Uhr schwinden bei den Bewohnern innere Unruhe, Angstzustände und Schlaflosigkeit.

Bekanntes, elementare Wahrnehmungserfahrungen des Körpers und der Sinne werden unter anderem bei der Ganzkörperwäsche ermöglicht. Bei der basal stimulierenden Ganzkörperwäsche wird der Bewohner mit beiden Händen gewaschen, seine Körperformen nachmodelliert. Darüber soll der Bewohner Informationen zu seinem Körper und Körpergrenzen erfahren.

Mit der beruhigenden Ganzkörperwaschung sollen Vibrationsempfinden, Berührungssensibilität, Gleichgewichtssinn und die Gefühlsprozesse angesprochen werden.

In der Biographie werden Gewohnheiten, Vorlieben beschrieben. In der Pflegeplanung werden Verlauf und Wirkung der Pflegetätigkeiten beschrieben und ausgewertet.

Das Speisenangebot wird den Vorlieben, Bedürfnissen, Fähigkeiten und dem Rhythmus der einzelnen Bewohner angepasst. Die Entscheidungsfindung für oder gegen Sondenernährung stellt eine ethische und rechtliche Herausforderung dar, die nur gemeinsam mit allen Beteiligten orientiert am mutmaßlichen Willen des Bewohners gemeistert werden kann.¹⁰

Aktivierung ist ein integrativer Bestandteil von Pflege und Betreuung. Es geht dabei um das momentane Wohlbefinden des Bewohners. Bedeutsame Aktivitäten sind der wichtigste Bestandteil zum Erhalt von Lebensqualität.¹¹ Für Menschen mit Demenz im letzten Stadium heißt dies, dass die Art der Aktivität an sich immer mehr in den Hintergrund rückt. Wichtig für die Bewohner sind die Beziehung und der 1:1-Kontakt zu ihren Mitmenschen. Der zugenommene Sprachverlust im letzten Stadium der Demenz führt zur Notwendigkeit, andere körperorientierte Kommunikationsformen zu entwickeln.

Bei der Grundpflege ist es von Bedeutung, Hilfe dabei zu erhalten, einen Waschlappen zu greifen und sich über das Gesicht oder den Arm zu streichen. Hier steht nicht die Körperpflege im Vordergrund, sondern die Begegnung durch wechselweises Vorgehen, das alle Sinne mit einbezieht.

Die positiven Einflussmöglichkeiten des Pflegemilieus durch Musik, angenehme Gerüche, Berührungen können wichtige Anreize sein, die die Lebensqualität verbessern.

¹⁰ Vgl. Kolb 2003

¹¹ Volicer und Bloom-Charette 1999

4.1.1 Präsenz

Im weit fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung in dem der demente Mensch nicht für sich selbst sorgen kann, höchste Selbstpflegedefizite aufweist, wird eine längere Zeit ohne Begleitung als Stress erlebt. Es bedarf einer „Rund-um-die Uhr“ Betreuung, im Sinne einer emotionalen und pflegerischen Unterstützung. Wissenschaftliche Studien weisen daraufhin, dass bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz eine ständige Begleitung, Unterstützung, Wertschätzung, soziale Teilhabe und Stimulation notwendig ist.¹²

In der Pflegeoase ist jeder Bewohner gut im Blickfeld der anwesenden Pflege- / Betreuungskraft. Sie kann auf deren Bedürfnisse unmittelbar reagieren. Diese Überschaubarkeit mit tagsüber dauerhafter Personalpräsenz ist ein maßgebliches Qualitätsmerkmal der Pflegeoase.

Unter dauerhafter Präsenz verstehen wir die ständige Anwesenheit mindestens eines/r Mitarbeitenden während der Tagesstunden von 7.00 bis 21.00 Uhr (siehe auch die schematische Darstellung der Dienstzeiten unter 5.3). Die Betreuung während der Nachtstunden von 21.00 bis 7.00 Uhr wird durch den Nachtdienst der Gesamteinrichtung gewährleistet.

4.1.2 Palliativpflege

Zur Beschreibung wie die physische Umgebung beschaffen sein soll, in der der Mensch mit Demenz seine letzte Lebensphase verbringt, ist die Bedeutung des lateinischen Begriffs „palliare“ hilfreich. Übersetzt bedeutet es „ umhüllen“, „mit einem Mantel bedecken“, also einem Menschen Wärme und Schutz geben.¹³

Die Fähigkeit missliebige Zustände wie Schmerzen und Angst zu äußern schwindet mehr und mehr. Die Bewohner der Pflegeoase sind auf eine besondere Sensibilität in der Beobachtung und Deutung ihrer Verhaltensweisen angewiesen.

Die Begleitung und Behandlung schwerstementer Menschen kann prinzipiell als palliativmedizinische Aufgabe betrachtet werden. Die Krankheit selbst ist nicht heilbar. Im Vordergrund der Maßnahmen stehen die Linderung des Leidens bzw. das Verhindern leidvoller Erinnerungen. Die Einschätzung des Schmerzerlebens in der Beobachtung ist wichtige Aufgabe der Pflegekraft. Die Behandlung der Schmerzsymptomatik entspricht den Regeln des Expertenstandard.

Die Pflegeoase im Seniorenzentrum Lindenhof ist keine Palliativpflege, verfolgt aber natürlich auch die Ziele der palliativen Pflege, d.h. der Linderung von Schmerzen, um den Bewohnern von (dauerhaften) Schmerzen unbeeinträchtigte Lebensqualität zu ermöglichen.

Die Hausärzte kommen wöchentlich und zusätzlich bei Bedarf in die Pflegeoase. Wir kooperieren mit der Institutsambulanz des Klinikums am Europakanal in Erlangen. Die regelmäßige Visite erfolgt einmal pro Monat. Im Rahmen des Arztbesuches finden regelmäßig Fallbesprechungen statt.

Den besonderen Anforderungen in der Palliativpflege wird begegnet durch ein wirksames Schmerzmanagement und Hohe Sensibilität im Umgang mit dem nahenden Lebensende.

Die Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase ist dabei geprägt von dem unveränderten Recht auf Selbstbestimmung, dem Recht auf Schmerzfreiheit bzw. Schmerzlinderung, der Wahrung der Menschenwürde und der Sicherstellung der physiologischen Basisbedürfnisse, wie etwa Atmung und Ausscheidung.

Die besondere seelsorgerische und diakonische Betreuung wird im Anfangsprozess der Oase implementiert, evaluiert und angepasst. In der Zielsetzung liegt der ethische Anspruch eines klaren diakonischen Profils.

¹² Reisberg 2002

¹³ Demenz Support Stuttgart 1/07

Palliativ Care in der Pflegeoase - Hintergrund des Teamgesprächs im April 2014

Die Pflegeoase bietet Menschen mit schwerer Demenz einen beschützenden Raum, in dem sie, eingebunden in eine kleine familiäre Gruppe, ihr Leben bis zuletzt verbringen können. Das Sterben wird dabei als normaler Bestandteil des Lebens gesehen, der Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird allerdings aufgrund der schweren der Demenz und den damit verbundenen speziellen Bedürfnissen in besonderer Weise Aufmerksamkeit geschenkt. Diese individuelle und situative Begleitung am Lebensende setzt ein gemeinsames Verständnis der Pflegenden von Palliativ Care voraus.

Vor diesem Hintergrund war es Ziel des Teamgesprächs, herauszufinden, was die einzelnen Pflegenden unter ‚Palliativ Care‘ verstehen, wo sie die pflegerische Arbeit in diesem Ansatz verorten und welche pflegerischen Maßnahmen für sie konkret zur ‚Palliativ Care‘ zählen. Auf dieser Grundlage sollte diskutiert werden, wie sich ‚Palliativ Care‘ in der Pflegeoase gestalten lässt und ob die Pflegeoase als spezielle Wohn- und Versorgungsform dabei andere Möglichkeiten der palliativen Versorgung bietet als beispielsweise der Wohnbereich.

Als Gesprächsgrundlage diente ein kurzer Exkurs zu den Grundlagen von ‚Palliativ Care‘, der im Folgenden beschrieben wird.

Grundgedanken von Palliativ Care

Zur Veranschaulichung des multidisziplinären Ansatzes palliativer Versorgung wurde die Definition der Weltgesundheitsorganisation gewählt:

WHO-Definition Palliative Care
(2002; Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliative Care:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

Palliativ Care in der Pflegeoase

Im Gespräch wurde deutlich, dass es im Gegensatz zur ‚Palliativ Care‘ in Akutkrankenhäusern in der Pflegeoase in der Regel nicht möglich ist, ein multidisziplinäres Team, beispielsweise den Hausarzt, die Angehörigen, den Sozialdienst, die Pflegenden, die Betreuenden, die Hospizbegleiter und den Seelsorger, zu einer Besprechung einzuberufen, da die Personen nicht vor Ort sind und einem gemeinsamen Termin ein unverhältnismäßig hoher organisatorischer Aufwand entgegenseht. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass das in der Praxis bislang keine negativen Auswirkungen hatte, sondern dass die vorhandenen Kommunikationsstrukturen geeignet sind, mit den verschiedenen Akteuren in Gespräch zu kommen und somit eine individuelle palliative Versorgung zu planen und durchzuführen.

Allgemeine zentrale Aspekte

Als zentrale Aspekte der palliativen Versorgung in der Pflegeoase wurden daher herausgearbeitet:

- die enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt (auf Grundlage des individuellen Palliativplans, der in Absprache von Hausarzt, angehörigern und Pflegenden für jede Bewohnerin erstellt wird)
- die kontinuierliche Beobachtung der Bewohnerinnen, um die Begleitung der aktuellen Situation anpassen zu können (die sich je nach Tagesform quasi jederzeit ändern kann und dadurch eine hohe Präsenz und Flexibilität der Pflegenden erforderlich macht)
- Die Begleitung der Angehörigen (die sich den individuellen Bedürfnissen der Angehörigen anpasst und sie unterstützt, umzusetzen, was sie für ihre Angehörigen tun möchten, aber auch zu lassen, was sie nicht machen möchten oder können)
- Die situative Einbeziehung verschiedener Begleitender (beispielsweise von Seelsorgern, Hospizhelfern, verstärkt Betreuenden des Hauses), um den jeweils aktuellen individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen Rechnung tragen zu können

Pflegerische Maßnahmen in der Sterbephase

Dabei wurde deutlich, dass sich die Pflegenden im Rahmen der palliativen Versorgung in der Sterbephase verstärkt der Frage widmen - ‚Was ist zu tun, was ist zu lassen?‘ oder anders formuliert - ‚Was tut den Betroffenen gut, was muss unbedingt sein, was darf ausbleiben?‘.

In der pflegerischen Begleitung liegt dabei besonderes Augenmerk auf:

- Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Angst) und Medikation (Allgemein u. bei Bedarf)
- Ernährung/ Flüssigkeit/ Ausscheidung
- Mundpflege/ Position (Bewegungen und Positionswechsel)
- Kommunikation / spirituelle Bedürfnisse
- Begleitung allgemein: Innehalten/ Beobachten/ Wahrnehmen/ situativ handeln
- Intensiver Begleitung während des Sterbens/ Umgang mit Verstorbenen
- Gestaltung der ersten Phase im Anschluss: Begleitung der Angehörigen/ Information und Begleitung der anderen Bewohnerinnen

Fazit und Ausblick

Im Teamgespräch hat sich gezeigt, dass die Pflegeoase als spezielle Wohn- und Versorgungsform für Menschen mit schwerer Demenz per se palliativen Charakter besitzt. So stehen hier beispielsweise die genaue Beobachtung und intensive individuelle Begleitung der Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen generell im Vordergrund ohne, dass diese Handlungen extra als palliative Maßnahmen benannt oder geplant werden. Ebenso verhält es sich mit den pflegerischen

Maßnahmen in der Sterbephase. Der Übergang wird von den Pflegenden als fließend beschrieben. Die Veränderungen am Lebensende werden wie alle anderen Veränderungen im Pflegealltag im Team aufgenommen und besprochen und die und die damit verbundenen Maßnahmen werden geplant und umgesetzt.

Die Pflegeoase in ihrer räumlichen Ausgestaltung und familiären Atmosphäre begünstigt nach Angaben der Pflegenden eine individuelle Begleitung, vor allem auch in der Sterbephase.

4.1.3 Pflegevisiten und Gerontopsychiatrische Fallbesprechungen

Die Wirksamkeit des Pflegeprozesses und der ergriffenen Pflegemaßnahmen wird in routinemäßigen Pflegevisiten und/oder Gerontopsychiatrischen Fallbesprechungen mindestens einmal monatlich überprüft und angepasst. In den Fallbesprechungen werden Problemstellungen wie etwa herausfordernde Verhaltensweisen, medikamentöse Therapie, Schmerzen oder Ängste des Bewohners thematisiert und unter Betrachtung der Pflegeexpertise, einer fundierten ärztlichen (neurologischen) und sozialpädagogischen Meinungsstellung sowie ggf. unter Einbezug der Angehörigen diskutiert und angepasst. Die Situation des Bewohners wird analysiert und Verbesserungen umgesetzt.

4.1.4 Mobilisierung und Wahrnehmungsförderung

Um auch dem schwer dementen Menschen mit zunehmender Bewegungsfähigkeit und der damit einhergehenden Gefahr der Isolation und Reizarmut eine Teilhabe am Alltagsleben zu ermöglichen, steht Mobilisierung und Ortswechsel im Zentrum der pflegerischen Tätigkeit. Bei starken Einschränkungen wählen wir besondere Pflegesessel. Auch ein Transfer des Bettes auf die Terrasse ist möglich, um bei starker Immobilität Ortswechsel und Tageslicht sowie Frischluftzufuhr zu ermöglichen. Die verschiedenen Ortswechsel werden mit einem durch die wissenschaftliche Begleitung entwickelten, speziellen Bewegungsplan dokumentiert.

4.2 Hauswirtschaft

4.2.1 Hausreinigung

Die Hausreinigung erfolgt gemäß Reinigungsplan durch die Mitarbeitenden der Firma DiBaFo.

4.2.2 Haustechnik

Für die haustechnische Betreuung des Demenzzentrums Lindenhof ist der Leiter der Haustechnik im Seniorenzentrum Martin Luther in Streitberg verantwortlich. Er überwacht die technischen Anlagen, koordiniert die Wartung und Pflege von Gebäude, Einrichtung und Außenanlagen und den Einsatz von technischen Fremdleistungen.

4.2.3 Wäsche

Die Reinigung der kompletten Bewohnerbekleidung erfolgt durch die zentrale Wäscherei im Seniorenzentrum Martin Luther in Streitberg. Schmutzwäsche wird dreimal wöchentlich vom Lieferdienst der Wäscherei abgeholt, reine Wäsche zweimal wöchentlich angeliefert. Die Reinigung der Flachwäsche erfolgt durch die Firma Grete Rommel GmbH in Staffelstein im gleichen Turnus.

Für therapeutische Zwecke (gemeint ist damit z.B. das Sortieren und Zusammenlegen von gewaschenen Strümpfen, Handtücher und ähnlichen Kleinwäschestücken als sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeit für Bewohner) und zur Überbrückung von Lieferengpässen besteht außerdem die Möglichkeit, Wäsche im Haus zu waschen und zu trocknen.

4.2.4 Verpflegung/ Küche

Die Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt durch die Großküche im Seniorenzentrum Martin Luther in Streitberg. Die Hauptmahlzeit wird täglich frisch gekocht und durch den Lieferdienst der Großküche angeliefert. Die Lieferung erfolgt in Wärmebehältern an die Verteilerküchen im Demenzzentrum Lindenhof und wird von dort im Schöpfsystem an die Bewohnerinnen und Bewohner ausgegeben.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben täglich die Auswahl zwischen zwei Hauptgerichten. Die Vorlieben oder Abneigungen der Bewohner werden von den Mitarbeitern erfragt bzw. bei Bewohnern, die sich dazu nicht äußern können, durch Beobachtung festgestellt.

Frühstück, Zwischenmahlzeiten, Kaffee und Abendessen werden vor Ort zubereitet. Die dafür benötigten Nahrungsmittel werden auf Bestellung durch die Zentralküche bereitgestellt und vor Ort bevorratet.

Die Verteilerküchen werden (nach erfolgtem Umbau im Zuge der Erweiterung der Einrichtung) im Sinn des Wohnküchenkonzeptes geführt, d.h. es handelt sich um offen zugängliche Küchen in den zentralen Gemeinschaftsräumen bzw. in der Pflegeoase. Das Ziel dieses Konzeptes ist es, die Bewohner aktiv oder/und passiv am Prozess der Mahlzeiterstellung zu beteiligen. Bewohnern, die in der Lage sind, sich aktiv zu beteiligen, wird es im Rahmen der therapeutischen Betätigung zum Beispiel ermöglicht, Tische zu decken oder abzudecken, sich am Geschirrspülen zu beteiligen oder Teile von Mahlzeiten vorzubereiten, etwa Äpfel zu schälen, zu schneiden oder den Kuchen damit zu belegen.

Bewohner, die sich nicht aktiv beteiligen können oder wollen, erhalten dadurch, dass sie die Vorgänge in der Küche passiv mit verfolgen können, aktivierende Sinnesanregungen. Durch die Wahrnehmung von akustischen (das Brutzeln der Bratpfanne, das Gluckern und Zischen der Kaffeemaschine, Geschirrklopfen usw.), olfaktorischen (frisch aufgebrühter Kaffee, Kuchenduft, angeröstete Zwiebeln usw.), gustatorischen (Speisepробen, Kuchenteig ausprobieren u.ä.) und optischen Reizen sind die Bewohner ins Geschehen einbezogen. Dadurch werden die Sinne angesprochen und es entsteht Teilnahme und Einbezug in das gemeinschaftliche Leben. Durch die Wiedererkennung von vertrauten Geräuschen und Gerüchen und die damit verbundenen Anklänge an das frühere, häusliche Wohnen der Bewohner wird darüber hinaus der beruhigende Eindruck einer normalen Wohnumgebung vermittelt.

4.3 Leitung und Verwaltung

Für die Leitung des Demenzzentrums Lindenhof ist der Leiter/ die Leiterin des Seniorenzentrums Martin Luther in Streitberg verantwortlich. Alle administrativen Leistungen, wie die Erstellung von Heimverträgen und die Abrechnung der erbrachten Leistungen, werden durch die Verwaltung im Seniorenzentrum Martin Luther erbracht.

5. Mitarbeiter

5.1 Mitarbeiterauswahl

Hohe Empathiefähigkeit, soziale Kompetenz, Beziehungsfähigkeit und eine ausgeglichene Persönlichkeit sind Grundvoraussetzungen für den Einsatz als Pflegekraft in der Oase. Neben fundierten Kenntnissen des Krankheitsbildes „Demenz“ und dem Umgang mit dementiell erkrankten Menschen sind eine langjährige Pflegeerfahrung und eine feste Verankerung im christlichen Menschenbild für die Arbeit in unserer Pflegeoase maßgebend. Kenntnisse im Bereich basale Stimulation, Validation, Bobath-Konzept, Palliativpflege oder Schmerztherapie sind durch Fortbildungen implementiert worden und werden regelmäßig aufgefrischt.

5.2 Personalentwicklung und -Qualifizierung

Motiviertes, engagiertes und professionelles Personal stellt die wichtigste Ressource für die gelungene Pflege und Betreuung der Bewohner in der Pflegeoase dar.

Die anspruchsvolle Tätigkeit in der Oase bedarf deshalb einer kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung der eingesetzten Mitarbeiter. Entwicklungspotential soll frühzeitig erkannt und gezielt gefördert werden. Der Bedarf an zielgerichteten Fortbildungen wird u.a. erhoben durch:

- Ergebnisse aus den Mitarbeitergesprächen mit den Führungskräften
- Auswertung der jährlichen Mitarbeiterbefragung
- Ergebnisse der Gruppendiskussion in Teambesprechungen
- Beobachtende Begleitung der Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung
- Organisationsentwicklungsprojekte
- Dokumentationsanalysen
- Interne Audits
- Externe Überprüfungen

Die Fortbildungsmaßnahmen finden sowohl „on the job“ im Alltag, als auch in externen Bildungsveranstaltungen „off the job“ statt. Dabei werden sowohl Pflegefach- als auch Hilfs- und Betreuungskräfte in den Entwicklungsprozess einbezogen. In Mitarbeitergesprächen wird der individuelle Entwicklungsplan vereinbart.

Der besonderen Bewohnerklientel in der Pflegeoase wird Rechnung getragen durch eine intensive Personalfortbildung in den Bereichen

- Umgang mit Demenzkranken: alle Mitarbeiter erhalten adäquate Fortbildungen zum Thema personenzentriertes Arbeiten, Pflege Techniken und therapeutische Herangehensweisen an dementiell erkrankte Bewohner, wie etwa Wahrnehmungsförderung und Beziehungsarbeit, Basale Stimulation oder Validation
- Palliative Care: die Leitung der Pflegeoase erfolgt durch eine weitergebildete Palliative-Care-Fachkraft, die ihr erworbenes Wissen in internen Schulungen weitergibt. Alle Mitarbeiter haben vertiefte Schulungen zu Palliativ Care besucht.
- Schmerzmanagement

Der **Fortbildungsplan** für das Kernteams bis zur Eröffnung der Oase wurde folgendermaßen absolviert:

Weiterbildung Gerontopsych. Fachkraft	1 Pflegefachkraft
Weiterbildung Palliative Care	1 Pflegefachkraft
Demenz-Praxis-Seminar, personenzentriertes Arbeiten im Umgang mit Demenzkranken	alle
Selbstpflege für Pflegende	alle
Team-Supervision	alle
Lebensqualität im Pflegeberuf erhalten	alle
Sterbebegleitung/ pall. care	alle
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei Schwerstpflegebedürftigen	alle
Umgang mit Versterbenden/Verstorbenen	alle
Schmerzmanagement/ Schmerztherapie	alle
Basale Stimulation	alle
Besondere Pflegedokumentation	alle

Nachfolgend und fortlaufend erfolgten Schulungen für alle Mitarbeiter in den Bereichen:

- Lagerungstechniken, Kinästhetics
- Deeskalationstraining

5.3 Personalbedarfsermittlung , Personaleinsatz und -organisation

Die Pflegeoase und der Wohnbereich bilden eine organisatorische Einheit. Dienstplanung und Personaleinsatz erfolgen aus einer Hand unter Berücksichtigung der speziellen Anforderungen des Wohnbereiches und der Oase. Die Fachkraftquote von mindestens 50% wird in der Organisationseinheit gewährleistet. Die organisatorische und fachliche Leitung der Oase obliegt der Gesamtpflegedienstleitung.

In der Pflegeoase sind bei Vollbelegung 9 Bewohner mit Pflegebedarf der Pflegestufe 3(+) zu betreuen, rechnerisch ergibt sich damit eine Anzahl von 4,74 Planstellen, die zur Verfügung stehen.

Die Bewohner der Pflegeoase sollen an jedem Tag 14 Stunden Dauerpräsenz erfahren, um das Ziel der geeigneten Betreuung, Reizstimulierung und Aktivierung zu erreichen. Diese durchgehende Tagespräsenz wird durch eine Pflegefachkraft oder einen Pflegeassistenten mit Weiterbildung zur Präsenzkraft und Kenntnissen in der Demenxbetreuung abgedeckt. Pflegeassistenten erhalten dabei Begleitung durch eine Fachkraft, bis sie bei den pflegerischen Anforderungen die notwendige Sicherheit erlangt haben.

Jederzeit ist eine weitere Pflegefachkraft aus dem Wohnbereich auf Abruf zu erreichen, sie unterstützt darüber hinaus auch bei komplexen grundpflegerischen Handlungen, bei der Nahrungsaufnahme und führt behandlungspflegerische Interventionen durch. Im Rahmen der sozialen Betreuung erfolgt darüber hinaus ein Einsatz von zusätzlichen Betreuungsassistenten. Die nächtliche Betreuung wird durch den Nachtdienst des Hauses gewährleistet.

7:00	Nachtdienst der Einrichtung	
	Präsenzphase 1: Mitarbeiter im Frühdienst (7:00-14:30) 7,0 Std.	
13:45-14:30	Übergabezeitraum	Gemeinsame komplexe Pflegetätigkeiten, Wohlfühlbad
	Präsenzphase 2: Mitarbeiter im Spätdienst (13:45-21:00) 6,75 Std.	
21:00	Nachtdienst der Einrichtung	

Während der Pausen der Mitarbeiter von jeweils 30 Minuten ist dabei ein Mitarbeiter des umliegenden Wohnbereiches in der Oase präsent.

Die Versorgung der Pflegeoase von außen (Wäsche- und Speiserversorgung, Müllentsorgung, Reinigung) ist derart geregelt, dass die Mitarbeiter die Pflegeoase nicht verlassen müssen.

Die Personaleinsatzplanung ist definiert durch größtmögliche Kontinuität und Stabilität in der Besetzung. Das gibt einerseits den Bewohnern Sicherheit und Vertrautheit, verringert andererseits die physische Belastung für die Mitarbeiter und sichert somit eine hohe Versorgungsqualität und Zufriedenheit der beteiligten Gruppen.

5.4 Personalbegleitung

Als Personalentlastungsmaßnahme wird bei Bedarf ein Angebot der Gruppensupervision ermöglicht. Durch die wissenschaftliche Begleitung wurde den Mitarbeitern in Qualitätszirkeln eine gute Reflexionsmöglichkeit geboten. In Teambesprechungen und den festen Mitarbeitergesprächen mit dem Vorgesetzten können Probleme behandelt, Entwicklungspotential gefördert und gemeinsame Ziele vereinbart werden.

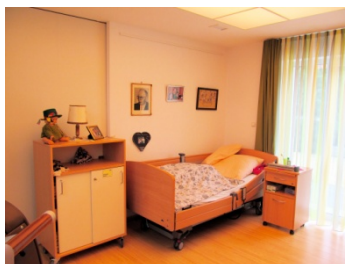
6. Einbeziehung der Angehörigen

Voraussetzung für einen Ein-/ Umzug in die Pflegeoase ist , dass alle an Pflege und Betreuung Beteiligten darin übereinstimmen, dass für die jeweilige Bewohnerin/ den jeweiligen Bewohner die Pflegeoase das richtige Angebot in der letzten Lebensphase ist. Zu dem Kreis der Beteiligten sind in jedem Fall die Angehörigen zu zählen, nicht nur, weil sie in der Regel über das Recht der Aufenthaltsbestimmung verfügen, sondern auch, weil sie ebenso überzeugt sein müssen, ihrem pflegebedürftigen Angehörigen mit der Pflegeoase die beste Betreuung zu ermöglichen.

Wie auch in den anderen Wohnbereichen sind Angehörige nicht nur wichtige Bezugspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch Gegenüber und Ansprechpartner der professionell Pflegenden (siehe auch das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel). Dementsprechend sind Angehörige zu jeder Tages- und Nachtzeit willkommen und Mitgestalter des Lebens in der Pflegeoase. Nach Wunsch und Vermögen können sie sich sowohl aktiv als auch passiv in Pflege und Betreuung einbringen. Es ist uns wichtig, die Beziehung und Begleitung in den Vordergrund der Betreuung zu setzen und neben den Bedürfnissen der Bewohner auch die psychischen und sozialen Bedürfnisse der Angehörigen wahrzunehmen.¹⁴

Es ist uns wichtig, die Angehörigen in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für ihre an Demenz erkrankten Angehörigen zu entlasten. Eine lebendige Kommunikation zwischen Angehörigen und dem gesamten Betreuungsteam trägt zu einem vertrauensvollem, entlastenden Miteinander bei. Angehörige werden dementsprechend in Veränderungsprozesse einbezogen und an Entscheidungsfindungen beteiligt.

Die ständige Präsenz der Pflegenden bedeutet auch für die Angehörigen, dass sie in einer schwierigen Lebenssituation begleitet werden. Sie haben stets einen Ansprechpartner vor Ort, sind in den Pflegeprozess eingebunden und werden in kritischen Lebenssituationen nicht allein gelassen.



¹⁴ Vgl. Kovach et al 2006

7. Raumkonzept

7.1 bauliche Umsetzung

Die Pflegeoase befindet sich im Erdgeschoß im südöstlichen Teil des Demenzzentrums Lindenhof. Sie ist von Norden her von außen ebenerdig zu erreichen, über den Nachbarwohnbereich und über einen Aufzug mit Ober- und Untergeschoß verbunden.

Im Raumkonzept für die Pflegeoase im Demenzzentrum Lindenhof (siehe Abb. auf der Folgeseite) enthält bis zu neun Pflegeplätze. Folgende Flächen sind vorhanden:

- Wohnfläche 129,69 m²
- Küche 12,38 m²
- Wäsche rein 5,55 m²
- Wäsche unrein 4,57 m²
- Desinfektion 2,99 m²
- Belüftung 5,32 m²
- Garderobe 8,61 m²
- Flur mit Lagermöglichkeit 8,05 m²
- Pflegebad 18,53 m²
- **Gesamtinnenfläche 206,11 m²**
- Bettenbefahrbar Terrasse 20 m²
- Angrenzender Garten 30 m²

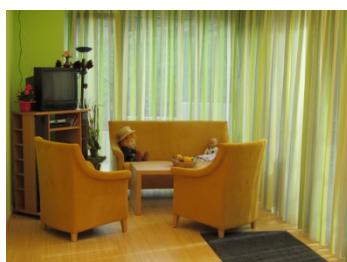
Der Wohnraum für die Bewohner ist grundsätzlich offen angelegt, so dass die Kommunikation mit anderen Bewohnern und den Pflegenden jederzeit möglich ist. Durch bewegliche Wandelemente und die flexible Möblierung lassen sich vom Oasenbereich einzelne Abschnitte als Doppel- bzw. Dreibettzimmer abtrennen, so dass Privatbereiche auf Wunsch und bei Notwendigkeit – in der Regel in Teilbereichen – jederzeit hergestellt werden können. Jeder auf diese Weise entstehende Raum ist so gestaltet, dass er von der Gemeinschaftsfläche her separat zugänglich ist.

Die Küche ist zum Wohnbereich hin offen, so dass ein optischer, akustischer und olfaktorischer Kontakt zum Aufenthaltsbereich der Bewohner besteht.

Das Pflegebad ist sowohl von der Pflegeoase als auch vom benachbarten Wohnbereich zugänglich, so dass es auch von diesem aus genutzt werden kann. Die Räume für reine und unreine Wäsche sind ebenfalls sowohl von der Pflegeoase als auch von außen aus zugänglich, so dass die Ver- und Entsorgungsabläufe keine Störung für die Bewohner darstellen.

Die Terrasse mit 20 m² ist bettenbefahrbar, um den Bewohnern den Aufenthalt im Freien in jedem Pflegestadium zu ermöglichen, d.h. auch dann, wenn ein Transfer in den Roll- oder Mobilisationsstuhl aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist.

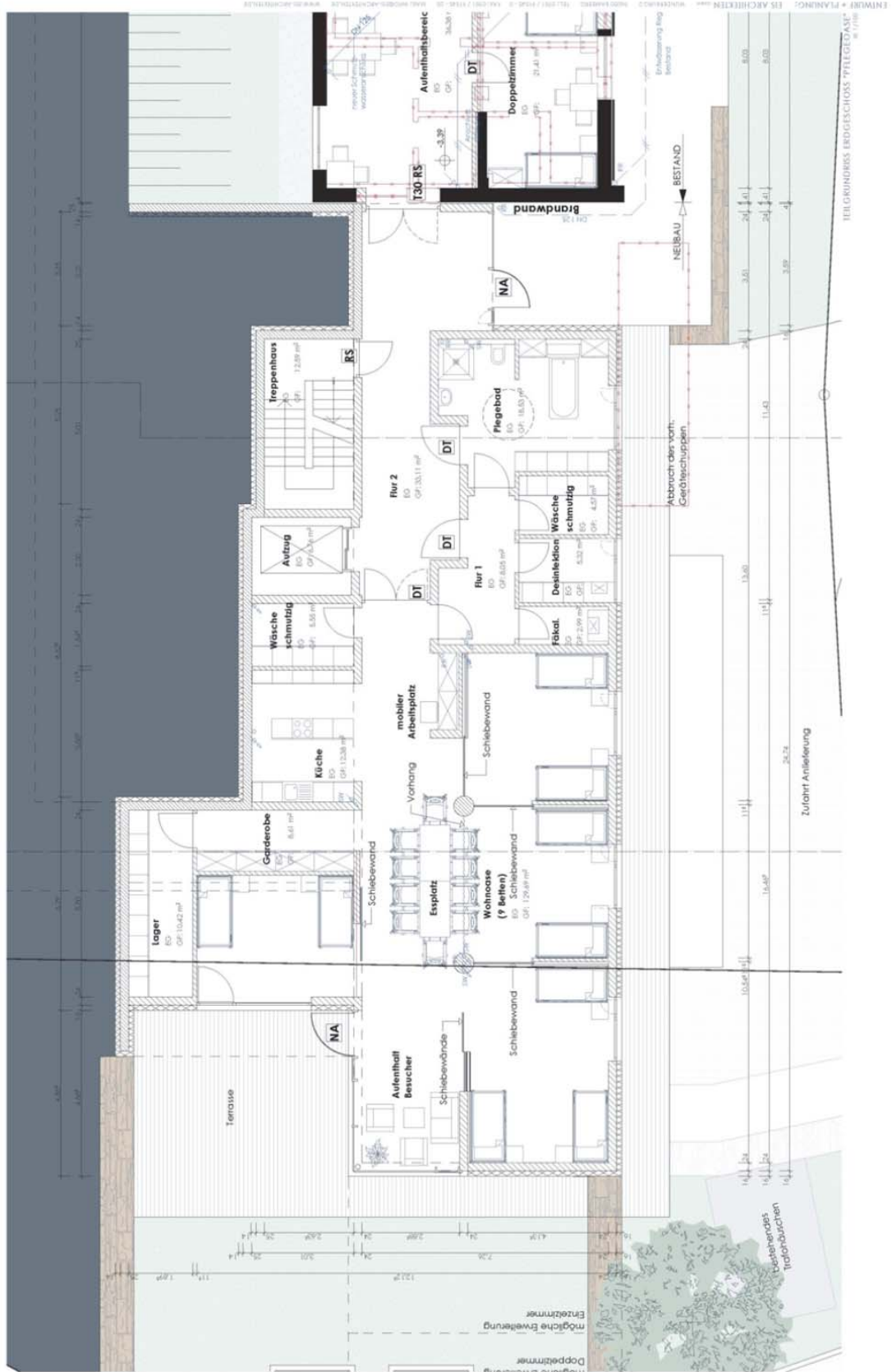
Den Pflegenden stehen für Dokumentation und organisatorische Aufgaben ein in die Oase integrierter Arbeitsplatz mit EDV zur Verfügung.



ERWEITERUNG "HAUS LINDENHOF"
IN UNTERLEINLEITER

BAUHERR: DIAKONISCHES WERK
BAMBERG-FORCHHEIM E.V.

Diakonie
ZEIT FÜR LEBEN



7.2 Ausstattung und Raumklima

Menschen mit einer sehr weit fortgeschrittenen Demenz, die nicht mehr selbständig mobil sind, werden vornehmlich durch die sinnlich erfahrbaren Qualitäten ihrer direkten Umgebung beeinflusst. Insgesamt geht es bei der räumlichen Gestaltung darum, eine behagliche, entspannende Atmosphäre zu schaffen, die allen Anwesenden Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Eine Umgebung, die die Arbeit der Pflegenden erleichtert und in der sich auch die begleitenden Angehörigen wohl fühlen, hat indirekt auch eine positive Auswirkung auf die Bewohner.¹⁵

Atmosphäre entsteht durch das Zusammenwirken vieler Elemente: neben der Qualität von sozialen Interaktionen spielen vor allem physische Umweltkomponenten wie Raumgröße und –zuschnitt, Lichtverhältnisse, Farbigkeit, Oberflächen und Materialien, Geräusche, Geruch und raumklimatische Bedingungen eine entscheidende Rolle.¹⁶

Diese Überlegungen beachtend, ist folgenden Umweltfaktoren bei der Ausgestaltung der Pflegeoase besondere Bedeutung beizumessen:

- **Belichtung und Beleuchtung:** Neben der visuellen Funktion des Lichts (Bewältigung der Sehaufgaben) sind vor allem die emotionale (Atmosphäre, Wohlbefinden) und biologische (Abläufe im menschlichen Körper) Funktion von Bedeutung. Eine gute Belichtung unterstützt das Wohlempfinden und wirkt sich auf die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit sowie auf die Leistungsbereitschaft des Menschen aus.

Für einen verbesserten Seheindruck wurde bei hochaltrigen Menschen ein fünffach höherer Lichtstärkebedarf festgestellt. Die Empfehlung, Pflegeeinrichtungen, in denen Menschen mit Demenz leben, mit einer Beleuchtungsstärke von 500 Lux auszustatten, gehört seit Mitte der 90er Jahre zur guten Praxis¹⁷.

Neben der Lichtstärke werden mittlerweile aber auch die Bedeutung der spektralen Zusammensetzung des Lichtes sowie dessen räumliche und zeitliche Verteilung erkannt. Die menschliche Augenlinse wird im Verlauf eines Menschenlebens nicht nur trüber, sondern vergilbt auch und stellt dadurch einen Filter für die blauen Lichtanteile dar. Diese sind aber wichtig für die Ausschüttung des Hormons Serotonin, das sich aktivierend auf den Organismus ausübt. Serotonin gilt auch als „Glückshormon“. Blaue spektrale Anteile bei indirekt flächig verteiltem Licht aus der oberen Raumhälfte bewirken eine Aktivierung und Synchronisierung auf den Tag. Die Beleuchtung bei Nacht sollte hingegen geringe blaue Spektralanteile (warmes Licht) enthalten und auf kleine, verteilte (direkt abstrahlende) Lichtpunkte konzentriert sein.¹⁸ Durch ihre Auswirkungen auf den Serotonin und Melatoninspiegel wirken geeignete circadiane Leuchtsysteme der gestörten Tag-Nacht-Rhythmik von Menschen mit Demenz entgegen.

Um den circadianen Rhythmus bei Tageslichtmangel zu synchronisieren, wird sogar von einem zwölffachen Lichtbedarf ausgegangen.¹⁹

Das eingesetzte Beleuchtungskonzept umfasst:

- circadianes Beleuchtungssystem in Form einer digital gesteuerten Lichtdecke
- modulierbare Tagesbeleuchtung
- dekorative Beleuchtungselemente (anlassbezogen, jahreszeitlich)

¹⁵ Bäuerle, K. (2007): Palliatives Milieu: Umgebungsgestaltung in der letzten Lebensphase, in: „Im Blick haben“, Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle; Dr. Anja Rutenkröger, Christina Kuhn, 2008

¹⁶ Rutenkröger/ Kuhn, a.a.O. S. 56

¹⁷ Demenz Support Stuttgart, DeSSorientiert 1/10, Licht und Demenz, S.4

¹⁸ Dr. Andreas Wojtsiak/ Dieter Lang, a.a.O, S. 23 ff

¹⁹ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2009): Licht und Farbe, Wohnqualität für ältere Menschen, Band 1



Abb.: Circadianes Beleuchtungssystem der Oase: morgens, vormittags, mittags, abends

Be- und Entlüftung

„Gute“ Luft ist ein Indikator für die Lebensqualität in einer Einrichtung. Wenn es in einer Pflegeeinrichtung permanent schlecht riecht, entsteht eine „Anstaltsatmosphäre“, und das damit verbundene Unwohlsein. Dies beeinflusst nicht nur Bewohner, sondern auch Besucher und Pflegenden. Dazu spielen Raumtemperaturen und Luftfeuchtigkeit gerade bei Menschen mit geschwächtem Organismus eine wichtige Rolle. Daneben wirken angenehme Düfte anregend und tragen entscheidend zu einer guten Atmosphäre bei.²⁰

Die Ausstattungsmerkmale unsere Oase sind

- ein zentral kontrolliertes Be- und Entlüftungssystem
 - Küchenduft und ätherische Öle zur olfaktorischen Stimulation
-
- **Raumakustik**

Die akustische Situation sollte Überstimulation durch laute Geräusche wie z.B. Geschirrklopfen, Signaltöne, Rattern von Transportwägen, repetitive Lautäußerungen von Bewohnern, vermeiden helfen. Musiktherapeutische Angebote sollen angemessen ermöglicht werden, dies erfolgt etwa durch den gezielten und nicht permanenten Einsatz geeigneter musikalischer Untermalung. Darüber hinaus wurden schallschluckenden Materialien zum Einsatz gebracht.
 - **farbliche Gestaltung**

Farben üben physiologische und psychologische Wirkungen aus und haben damit Einfluss auf das menschliche Wohlbefinden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Farberleben älterer Menschen von dem jüngerer abweicht hinsichtlich dessen, was sie als angenehm erleben. Anders als jüngere Menschen mögen Ältere eher hellere Farben und sanfte Farbtöne, die in ihrer Gefühlswirkung freundliche Ruhe und Zartheit vermitteln.²¹ Die Wirkung der Farbe ist zu beurteilen im Zusammenspiel mit Licht/ Beleuchtung, Materialien und dem Ort.²² Das Farbkonzept setzt deshalb insbesondere auf Abstimmung mit den Beleuchtungselementen. Es wurden pastellfarbene Akzentuierungen in unterschiedlichen Farbtönen (gelb, Ocker, grün) an den Wänden mit Grundton weiß vorgenommen, der Bodenbelag erfolgte in heller wohnlicher Holzoptik, ebenso die Türen und ausziehbaren Wandelemente.
 - **Einrichtung und Möblierung**

Die Art der Einrichtung und Möblierung hat entscheidenden Einfluss auf die Erhaltung und Unterstützung von Fähigkeiten sowie die Förderung von sozialen Kontakten. Möbel leisten einen großen Beitrag zur Stimulation.²³ Die Ausstattung mit geeigneten Pflegebetten, Hebeliftern, speziellen Pflegesesseln und Sitzmöbeln entspricht den Grundbedürfnissen des Menschen nach Aufrechtsein, nach Anregung und Erfahrung, nach Bewegung und Kommunikation, die bis zum Lebensende erhalten bleiben. Gleichzeitig wirkt eine geeignete Ausstattung den unerwünschten Folgen des Dauerliegens, der sog. „Liegenpathologie“ entgegen, die bereits nach wenigen Tagen negative Auswirkungen auf den Körper, die Psyche und das soziale Dasein hat.²⁴

²⁰ Rutenkröger/ Kuhn, a.a.O., S. 58 f

²¹ Prof. Dr. Diether Höger: Psychologie des Farberlebens Älterer, in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.)/ Kuratorium Deutsche Altershilfe (2004): Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim, Band 11, S. 18f

²² a.a.O., S. 20

²³ a.a.O., S. 21f

²⁴ Dr. Angelika Abt-Zegelin in: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Pro Alter 2/ 2009, S. 47f

Zum Einsatz kommen:

- Aufstehhilfen und Hebelifter
 - Niedrigbetten zur Sturzprophylaxe
 - Druckentlastende Bettmatratzen
 - Mobilisationshilfen und Transferhilfsmittel
 - Lagerungshilfsmittel zur Druckentlastung und Wahrnehmungsförderung (z.B. im Rahmen basaler Stimulation)
 - besonderer Pflegerollstühle, welche durch Geborgenheit, Beruhigungsförderung und Sicherheitsvermittlung körperentspanntes Sitzen und Liegen für Schwerstpflegebedürftige ermöglichen
 - Duschliege zur schonenden Mobilisation ins Bad und zur Körperpflege
 - ein Warmhaltebecken für Speisen in der Küche
 - Sturzsensormatten zur frühzeitigen Erkennung und Prophylaxe von Sturzvorfällen
- **Infrastruktur für die Pflegenden**

Zur Gewährleistung der beabsichtigten Präsenz der Pflegenden ist ein offener, in den Oasenbereich integrierter Arbeitsplatz erforderlich. Die Pflegedokumentation erfolgt bewohnernah. Zum Abruf von Unterstützungsleistungen ist eine Telefonverbindung zum Nachbarwohnbereich bzw. den anderen Wohnbereichen im Haus erforderlich. Notfallsituationen sollten durch eine Rufanlage signalisiert werden können. Die Ausstattungsmerkmale sind

 - Integrierter Arbeitsplatz im Blickwinkel der Bewohner
 - Telefonanlage
 - Rufanlage

7.3 Freiflächen

Das Aufhalten im Freien stellt auch für den dementiell erkrankten Bewohner ein hohes Maß an Lebensqualität dar. Im Bereich der Pflegeoase stehen deshalb eine großzügige, auch mit Rollstühlen oder Betten befahrbare Terrasse und ein Gartenbereich zur Verfügung. Dem wenig mobilen Bewohner wird so ermöglicht, Jahreszeiten wahrzunehmen und sich im Freien aufzuhalten. Bei den täglichen Ortswechslern, die durch das Pflegepersonal unterstützt werden, wird wann immer es die Temperaturen zulassen, ein Transfer auf die Terrasse durchgeführt.



Bild Terrasse

8. Wissenschaftliche Begleitforschung

Mit Eröffnung der Oase begann die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes, die das Institut für Pflegeforschung, Gerontologie und Ethik aus Nürnberg im Demenzzentrum Lindenhof über einen Zeitraum von 4 Jahren durchführte. Das Institut ist eines der Forschungsinstitute der Evangelischen Hochschule Nürnberg und eng verzahnt mit dem Fachbereich „Pflege“. „Es stellt sich den Herausforderungen im Schnittpunkt von der Wissenschaft vom Alter einerseits und der wissenschaftlich begründeten Lehre von Werthaltungen andererseits“²⁵ und ist bekannt für seine renommierten Projekte im Bereich der gerontologischen Forschung. Maßgebend für die Auswahl des Institutes war der Anspruch, pflege- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse unter ethischen Gesichtspunkten mit den konkreten alltäglichen Anforderungen einer stationären Pflegeeinrichtung in der Praxisforschung zusammen zu bringen.

Die Forschungsergebnisse wurden bei einem Symposium am 28.10.2016 zur Weiterentwicklung der Angebote in der stationären Altenhilfe trägerübergreifend publiziert und dargestellt.

Aufbauend auf den Erkenntnissen bisheriger relevanter Studien wurden vertiefte Auswirkungen und Ergebnisindikatoren pflegewissenschaftlicher und gerontopsychiatrischer Ansätze evaluiert und bewertet:

- Erhebung der erbrachten Ergebnisqualität der Pflege und Betreuung
- Erhebung des Bewohnerwohlbefindens
- Einschätzung des Wohlbefindens mittels *dementia care mapping*
- Evaluation der Angehörigen-/ Betreuerzufriedenheit per Zufriedenheitsbefragung
- Analyse von Faktoren der Mitarbeiterbelastung und –Zufriedenheit
- Umsetzung der konzeptionellen Vorgaben und organisatorischen Maßnahmen
- Auswirkungen von pflegerischen Interventionen, wie z.B. beruhigenden/aktivierenden Pflegebädern, basaler Stimulation und Validation
- Auswirkungen von therapeutischen Angeboten, z.B. ergotherapeutischer Betreuung
- Auswirkung von baulichen, elektronischen und mechanischen Pflegehilfsmitteln:
 - circadianes Beleuchtungssystem mittel Tageslichtdecke
 - Niedrigflurbetten zur Sturzvermeidung
 - Farbkonzept des Oasenraumes
- Auswirkungen der dauerhaften Mitarbeiterpräsenz
- Evaluation von Betreuungsangeboten, Palliative Care und Schmerzmanagement

Studiendesign, Forschungsaufbau und inhaltliche Differenzierungen wurden durch das wissenschaftliche Institut erstellt und in Absprache mit der Einrichtung zum Einsatz gebracht. Die Forschungsergebnisse wurden bereits während des Forschungsprozesses in internen Qualitätszirkeln vorgestellt, diskutiert und resultierende Maßnahmen umgesetzt. Im Endergebnis lag der Forschungsbericht vor, der auch zur Fortschreibung dieses Konzeptes diente.

Bild Team Oase

²⁵ http://www.evhn.de/for_ige_profil.html

9. Bedeutung und Ausblick

Das Demenzzentrum Lindenhof nimmt seit Jahren eine herausragende Stellung im Segment der Betreuung von Menschen mit Demenz im Diakonischen Werk Bamberg-Forchheim ein. Durch die konsequente Weiterentwicklung der baulichen, strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zum Wohl der betroffenen Menschen können in der Versorgungsform Pflegeoase nun auch schwerstpflegebedürftige Menschen mit Demenz unter den geltenden schwierigen Rahmenbedingungen in Deutschland gut und individuell auf ihrem letzten Lebensweg begleitet werden.

Das Konzept der Pflegeoase zeigte sich dabei besonders geeignet, diese Bedürfnisse zu erfüllen. Das Diakonische Werk Bamberg-Forchheim beschritt mit der Umsetzung des Konzeptes absolutes Neuland bei der Versorgung dieser Personengruppe im weiteren räumlichen Umfeld. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse in der Betreuung und Pflege schwerstpflegebedürftiger Menschen mit Demenz waren wegweisend für die Entwicklung des Hauses und andere Einrichtungen.

10. Quellenangaben

Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim 2002: Wohnen, leben und pflegen im Haus Lindenhof, Konzeptionelle Überlegungen

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.), München 2009: Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2004: Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim insbesondere unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Band 11

Demenz Support Stuttgart, DeSS orientiert 1/10, Licht und Demenz, 2010

Dr. Anja Rutenkröger, Christina Kuhn (2008): „Im Blick haben“, Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle, Demenz Support Stuttgart/ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Homepage des Instituts für Gerontologie und Ethik an der evangelischen Hochschule Nürnberg: http://www.evhn.de/for_ige_profil.html

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln 2009: Licht und Farbe, Wohnqualität für ältere Menschen, Band 1

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), Köln 2009: Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2009: Pro Alter 2/ 2009, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2009: Pro Alter 3/ 2009, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe

Rutenkröger, A. / Kuhn, C.: Das Konzept tut den Bewohnern gut. Studie in der Pflegeoase Holle. In: Altenheim 10/2008, S. 18